



## WELL CHILD EXAM - LATE CHILDHOOD: 6 YEARS

(Meets EPSDT Guidelines)

DATE

ໄວດັກຂັ້ນທ້າຍ: 6 ປີ

ຄົກເປັນຜູ້ປະກອບ ນໍາມາ ສະໜັບ ພລມ ນໍາມາ ກຳນົດວ່ານຸ້ງ	ຂໍ້ຕັກ		ວັນເກີດ
	ອາການພິດ		
	ອາການເຈັບເປັນ/ຊຸປະຕິຫຼດຂັ້ນທ້າຍ/ສຶກສັງວິວ ນັບແຕ່ມາເຖື່ອສຸດທ້າຍ		
	ແມ່ນ ບໍ່ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		ແມ່ນ ບໍ່ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			ປາກີດວ່າແຕກຂອງຫ້ອຍສະບາຍເວລາລາວ ຂາຍບິງ ຕື່ນ້ຳນາ. ແຕກຂອງຫ້ອຍຮູ້ຈັກກ້າວກ້າຊາຍ. ແຕກຂອງຫ້ອຍນັບໄດ້.
WEIGHT KG./OZ. PERCENTILE		HEIGHT CM/IN. PERCENTILE	BLOOD PRESSURE
			Diet _____
<input type="checkbox"/> Review of systems <input type="checkbox"/> Review of family history		Sleep _____	
Screening:		N    A	
Development		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Behavior		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Social/Emotional		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Vision		R 20/_____	L 20/_____
Hearing		MHZ 4000 _____ 2000 _____ 1000 _____ 500 _____	R _____ L _____
Physical:		N    A	N    A
General appearance		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Skin		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Head		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Eyes		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Ears		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Nose		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Oropharynx/Teeth		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Neck		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Nodes		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Mental Health		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Describe abnormal findings:  _____ _____ _____			
IMMUNIZATIONS GIVEN			
REFERRALS			
NEXT VISIT: 8 YEARS OF AGE		HEALTH PROVIDER NAME	
HEALTH PROVIDER SIGNATURE		HEALTH PROVIDER ADDRESS	

## **Guidance to Physicians and Nurse Practitioners for Late Childhood (6 years)**

The following highlight EPSDT screens where practitioners often have questions.  
They are not comprehensive guidelines.

### **Fluoride Screen**

Check with local health department for fluoride concentration in local water supply, then use clinical judgment in screening. Look for white spots or decay on teeth. Check for history of decay in family.

### **Lead Screen**

Screen children for these risk factors:

- Live in or frequently visit day care center, preschool, baby sitter's home or other structure built before 1950 that is dilapidated or being renovated.
- Come in contact with other children with known lead toxicity (i.e., blood lead 15 ug/dl).
- Live near a lead processing plant or with parents or household members who work in a lead-related occupation (e.g., battery recycling plant).

### **Developmental Milestones**

Always ask parents if they have concerns about development or behavior. You may use the following screening list, or the Denver II.

Yes      No

- |                          |                          |  |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ties shoelaces.  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Knows left from right.   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Adds numbers (up to 5).  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Draws a person -- 6 parts.</u>  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Copies a square.</u>  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Can recite alphabet.   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Defines 5/8 ball, lake, desk, house, banana, curtain, fence, ceiling.</u> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Heel-to-toe walk (4 steps)</u>  |

**Instructions for developmental milestones:** At least 90% of children should achieve the underlined milestones by this age. If you have checked "no" on even one of the underlined items, refer the child for a formal developmental assessment.

Notes: Immunization schedules are from the Advisory Committee on Immunization Practice of the U.S. Centers for Disease Control and Prevention. **Parents and providers may call Healthy Mothers, Healthy Babies with questions or concerns on childhood development.**



กานกວດเด็กໃຫ້ມີສຸຂພາບດີ - ໄວດັກບັນຫ້າຍ: 6 ປີ  
 WELL CHILD EXAM - LATE CHILDHOOD: 6 YEARS  
 (ຮັດຕາມຄໍາອື່ນນຳ EPSDT)

ວັນທີ

ໄວດັກບັນຫ້າຍ: 6 ປີ

ຈົກເປັນຜູ້ປະກອບ ນໍາການກວດຫຼັງຈາກ ແຜນ	ຊື່ເດັກ		ວັນເກີດ		
	ອາການຜິດ		ປາທີໃຊ້ປຸ່ງໃນປະຈຸບັນ		
	ອາການເຈັບເປັນ/ຊຸປະຕິຫຼດຫັນຫາ/ສຶກກັງວິນ ນັບແຕ່ມາເຖີ່ອສຸດຫ້າຍ				
	ແມ່ນ ບໍ່	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ແມ່ນ ບໍ່	ປາກິດວ່າເດັກຂອງຂ້ອຍສະບາຍເວລາລາວ ຊາຍຍິງ ຕື່ນອັນມາ.	
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ແມ່ນ ບໍ່	ເດັກຂອງຂ້ອຍຮູ້ຈັກກ້າຂອງກ້າຊາຍ. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ເດັກຂອງຂ້າພະເຈົາຮັດກິຈກັນຮ່າງກາຍບາງປ່າງທຸກໆນີ້.	
ນ້ຳໜັກ KQ/OZ ຕໍ່ຮ້ອຍ	ສູງ CM/IN ຕໍ່ຮ້ອຍ	ຄວາມດັ່ນເລື້ອດ	ອາຫານ _____		
<input type="checkbox"/> ການທົບທວນເບິ່ງລະບົບ <input type="checkbox"/> ການທົບທວນເບິ່ງປະວັດຄອບຄົວ		ການນອນ _____			
ການກວດ:	N	A			
ການເຕີບໄຕ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
ການປະືດກົດ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
ອາຣິມທາງສັງຄົມ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
ການກວດຕາ	R 20/_____	L 20/_____			
ການກວດຫຼູ	MHZ 4000	R	L		
	2000				
	1000				
	500				
ຮ່າງກາຍ:	N	A	N	A	
ຫ້ສະນະທົ່ວໄປ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ຜົວໜັງ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ຫົວ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ຕາ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ຫຼູ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ດັກ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ປາກຄົມ/ແຂ້ວ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ຄໍ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ຂອດໃນ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ສຸຂພາບຄົດ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ອະທິບາຍສຶກທີ່ມີວ່ານີ້ປົກກະຕິ:					
ນາຟິບເຫຼືອໜ້າ: ອາຍຸ 8 ປີ	ຢືນຢັນປົກກະຕິ				
ລາຍເຊັນຜູ້ໃຫ້ການປິ່ນປົກກະຕິ	ບໍ່ຢືນຢັນປົກກະຕິ				

## ສຸຂພາບດັກຂອງທ່ານເມື່ອໄດ້ 6 ປີ

### ປາກິດການຊີວິດ

ວິທີການຕີບໂຕດັກຂອງທ່ານລະຫວ່າງອາຍຸ 6 ແລະ 7 ປີ.

ມີໝູ່ຢູ່ນຳໄຮງຮຽນ.

ເຮັດວຽກເຮືອນຕາມປົກກະຕິ.

ຊ່ວຍລົງສັດຂອງທ່ານ.

ບອກໃຫ້ທ່ານຮູ້ກ່ວກັບສຶງທີ່ລາວ (ບີ່ງ)ໄດ້ເຮັດຢູ່ໄຮງຮຽນ ແລະ ເວົ້າຖື່ງສຶງທີ່ລາວ (ບີ່ງ) ກໍາລັງຄົດຢູ່.

ໃຊ້ຄໍາເວົ້າຫລາຍງົບບບ.

ທ່ານຊ່ວຍດັກຂອງທ່ານຮຽນຮູ້ວິຊາໃໝ່ໄດ້ການເວົ້າ ແລະ ຫລື້ນກັບລາວ (ບີ່ງ).

### ສຳລັບການຊ່ວຍເຫຼືອ ຫລື ຂໍ້ມູນເຜີ່ມຕົນ

ຄວາມປອດໄພດ້ານອາວຸດ:

ສາຍຄວນກ່ຽວກັບການເຕັບໄວ້ປ່າງປອດໄພ,  
1-800-LOK-IT-UP (565-4887)

ຄວາມປອດໄພດ້ານບ່ອນນິ່ງຮົດ: ການຮ່ວມກັນປັບປຸງຄວາມ  
ປອດໄພ, 1-800-BUCK-L-UP (ສຽງ) ຫລື  
1-800-833-6388 (ສາຍແສງອົງຄະ (TTY Relay))

ການຕີບໂຕຂອງລູກທ່ານ: ນາບຄຸຂອງລູກທ່ານ ຫລື  
ຫັ້ງການໄຮງຮຽນປະຈຳທ້ອງຖິ່ນ.

### ຄໍາແນະນຳດ້ານສຸຂພາບ

ຄວາມພຽງພໍກອງກິຈກັນຮ່າງກາຍແມ່ນສຳຄັນສຳລັບສຸຂພາບດີຂອງດັກ  
ຂອງທ່ານ. ເລີ່ມແຕ່ດຽວນີ້ ເພື່ອສ້າງຄວາມຄືບໃນຂອງຊີວິດຂອງການ  
ອອກແຮງເປັນປະຈຳ. ຖ້າລາວ (ບີ່ງ) ປາກຫລັ້ນນຳທີ່ມີ, ໃຫ້ເລືອກເອົາ  
ໄຄງການທີ່ສິ່ງເສີມຄວາມສນຸກສນາມຫລາຍກວ່າການຊະນະ.

ຈັດວොລາເຊົາສຳລັບອາຫານເຊົາແບບນີ້ສຸຂພາບ. ສິ່ງນີ້ຈະຊ່ວຍດັກຂອງ  
ທ່ານຮຽນໄດ້ຂຶ້ນ ແລະ ຮຸສຶກມ່ວນເຊື່ອຂຶ້ນຢູ່ໃນໄຮງຮຽນ. ປ່ອຍໃຫ້ລາວ  
(ຊາຍ) ຊ່ວຍເລືອກອາຫານທີ່ມີສຸຂພາບ.

ອີກບໍ່ດິນແຂ້ວຄ້ວຂອງດັກຂອງທ່ານກໍຈະປິ່ງ. ເວລາໄປກວດແຂ້ວຂອງລາວ  
(ບີ່ງ) ເຫຼື້ອໜ້າ, ໃຫ້ຖາມກ່ຽວກັບແນວອັດສຳລັບແຂ້ວຄ້ວຂອງລາວ (ບີ່ງ).  
ສິ່ງນີ້ສາມາດປ້ອງກັນແຂ້ວແນວໄດ້.

ທ້າດັກຂອງທ່ານຫລັ້ນກິລາ, ໃຫ້ໃຊ້ແນວປ້ອງກັນປາກເພື່ອປ້ອງກັນແຂ້ວ  
ຂອງລາວ (ຊາຍ).

### ຄໍາແນະນຳການເປັນຝ໌ແນວ

ສິ່ງເສີມໃຫ້ດັກຂອງທ່ານນັກເຂັ້ມໄຕດ້ານອ່ານນຳກັນ. ໃຫ້ລາວ (ຊາຍ)  
ຮຽນອ່ານເຂັ້ມງ່າຍໆໃຫ້ທ່ານຝ້າ. ສືບຕໍ່ອ່ານເຂັ້ມໃຫ້ລາວ (ຊາຍ) ຝ້າ.  
ໄປທີ່ສະນຸມຳລາວເພື່ອເລືອກເອົາເຂັ້ມນິຫານສນຸກສນາມ.

ເວົ້າກ່ຽວກັບເຫຼືອນີ້ທີ່ດັກບໍ່ຄວນໃຊ້ຢາ ແລະ ເໜັ້ນ. ບົກຕົວປ່າງທີ່ດີໃຫ້  
ດັກຂອງທ່ານຮູ້ກ່ຽວກັບທາດເຫຼື້ນໆ.

ໃຫ້ໃຊ້ເວລາໄປຢັ້ນໄຮງຮຽນຂອງດັກຂອງທ່ານ ແລະ ເປັນອາສາສັກ  
ໃນຫຼັອງຮຽນທັງເປັນໄປໄດ້.

### ຄໍາແນະນຳດ້ານຄວາມປອດໄພ

ໃຫ້ແນວໃຈວ່າຫຼຸກຄົນທີ່ເຂືອດກັບທ່ານໄດ້ຮັດສາຍຮັດ. ຊ່ວຍໃຫ້ດັກຂອງທ່ານຮູ້  
ຖາມເພື່ອໃຊ້ສາບຮັດປອດໄພ ຫລື ແນວຊ່ວຍໃຫ້ແໜ້ນ ເວລາລາວ (ບີ່ງ)  
ເຂືອດນຳຜູ້ຂັບອື່ນໆ.

ສືບຕໍ່ໃຫ້ດັກຂອງທ່ານນິ່ງເບາະຫລັງ, ສິ່ງປອດໄພກວ່າເບາະໜ້າ.

ໃຫ້ແນວໃຈວ່າດັກຂອງທ່ານໃສ່ໝວກກັນກະທົບເວລາເຊື້ອດຖືບ, ແລນສະ  
ເກດ, ຫລື້ນສະເກດເປັນແຖວ, ໃຊ້ສະກຸດຕີ, ແລະ ແປັນສະເກດ,  
ໝວກກັນກະທົບປ້ອງກັນບາດເຈັບນຳທີ່ວ່າຮ້າຍແຮງທີ່ສຸດ ເວລາໃສ່ປ່າງ  
ຖືກຕ້ອງ ແລະ ຮັດສາຍກ້ອງຄາງ. ມັນຄວນປົກດ້ານທີ່ງຂອງໜ້າພາກ.